SEXOGYN

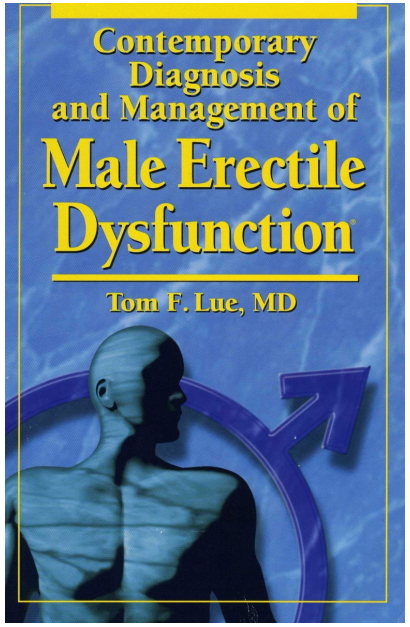
23, 24 & 25 Mai 2013
World Trade Center,
Marseille Provence

Pourquoi et Comment traiter une Dysfonction Érectile ?

Kamel BEN-NAOUM

Pourquoi

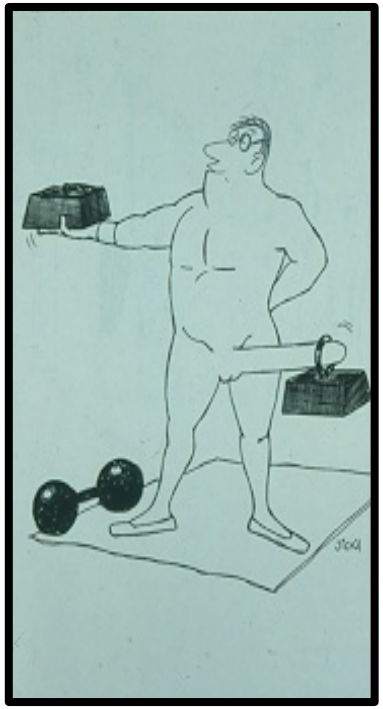
traiter une Dysfonction Érectile ?



Le concret pour l'Homme

Pour l'homme: **dureté** de l'érection **définit** **Sa " Masculinité "**

➔ **confiance** et **estime en soi**



La qualité de l'érection
est la base d'une relation sexuelle réussie

Mulhall J, Althof SE et al. J Sex Med 2007;4: 448-464

Pourquoi la rigidité est-elle importante?

↑ estime de soi

La rigidité

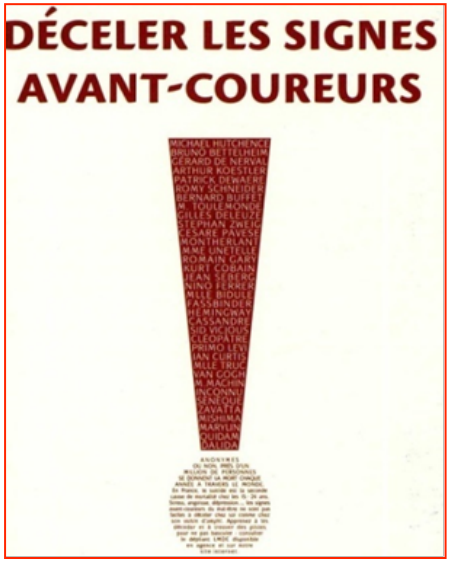
↑ confiance en soi

améliore les relations sexuelle et " extra-sexuelle "

Mulhall J, Althof SE et al. J Sex Med 2007;4: 448-464

DE: un signe d'appel d'une pathologie CV

La DE peut représenter un des premiers signes cliniques décelables d'une maladie vasculaire généralisée

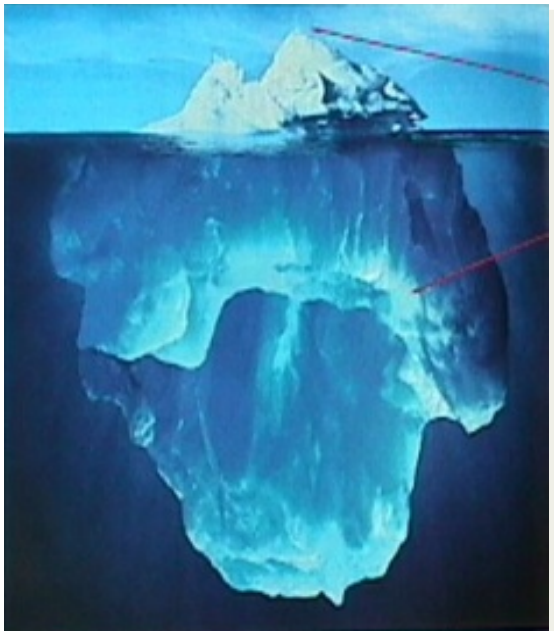


- Au moment de l'apparition de signes coronariens, une DE est retrouvée dans 45 à 65% des cas
- La DE précède la maladie coronarienne dans 67% des cas avec un délai moyen de presque 3 ans

DE : un signe d'alarme

Mais 1/3 des patients ayant une DE ignorent leur problème de santé sous-jacent

Dépister la DE relève d'une véritable démarche de médecine préventive



Prévalence des troubles de l'érection selon l'âge

Avant 40 ans

< 14%

40- 50 ans

6- 19%

50- 60 ans

12-24%

60- 70 ans

29- 41%

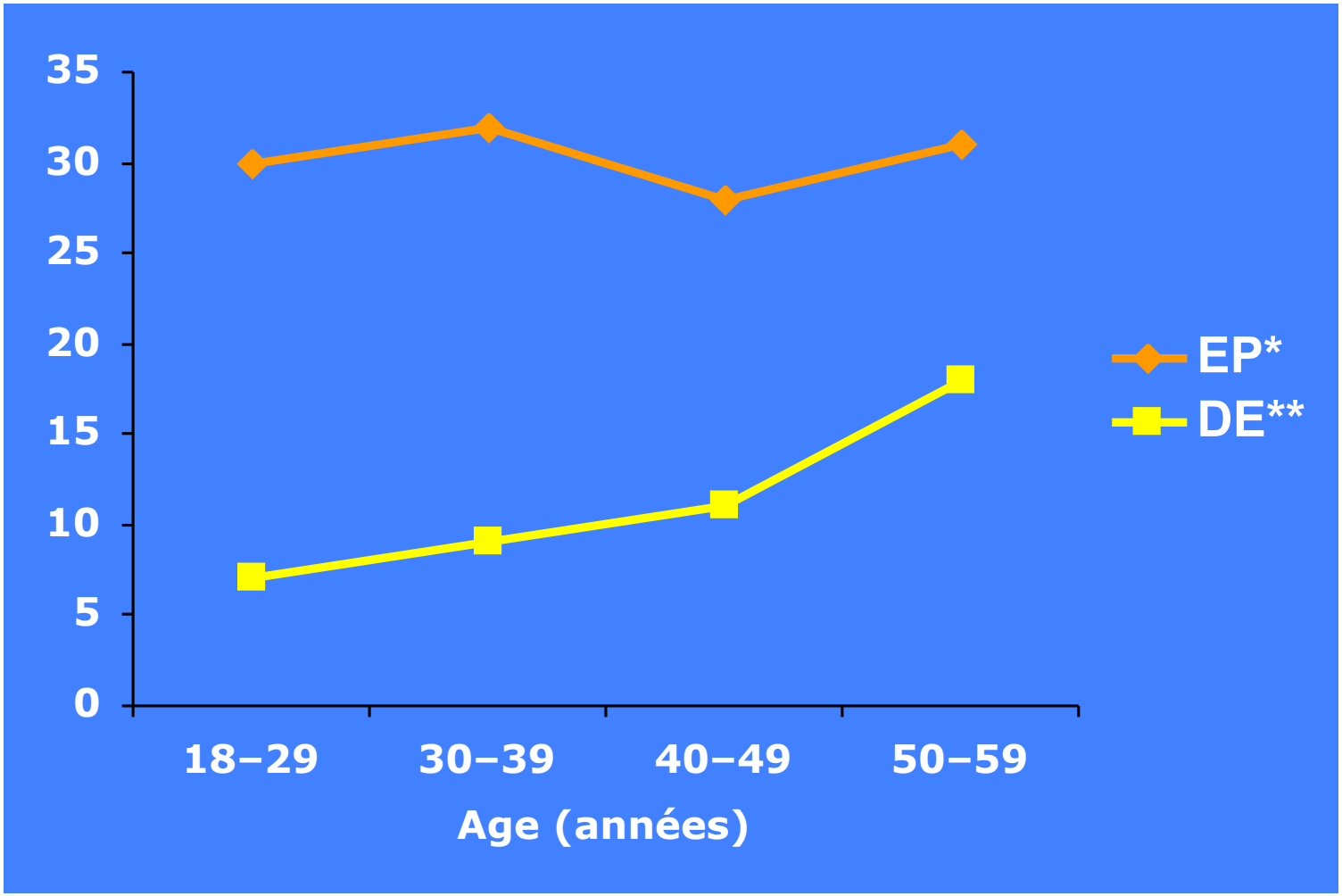
70- 80 ans

53- 63%

> 80 ans

80%

Prévalence de la dysfonction érectile varie avec l'âge à l'inverse de celle de l' EP (25 à 30%)



*Laumann et al, JAMA, 1999: *EP définie par 'orgasme trop tôt' (n=1,243); **DE définie par 'difficulté à maintenir ou obtenir une érection' (n=1,244)*

La dysfonction érectile en pratique médicale quotidienne:

Comment en parler ?

Sexualité et Société

La sexualité est une fonction importante

Avec toutefois une particularité

On ne meurt pas d'un trouble ou d'un arrêt de sa sexualité

*Ce qui permet aux **patients** et aux **médecins** de ne pas forcément en parler…*

Quelle prise en charge aujourd'hui ?

DE et consultation:

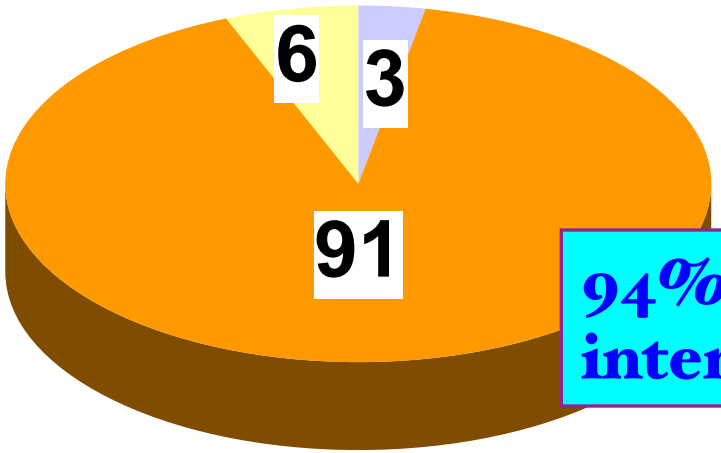
- La DE est une problématique sous-déclarée :
  - **20 à 30 % seulement des hommes souffrant de DE consultent un médecin.**

Metz M, Seifert M. Men's expectations of physicians in sexual health concerns. J Sex Marital Ther . 1990, 16(2): 79-88.
Giuliano F et al. Prevalence of erectile dysfunction in France: results of an epidemiological survey of a representative sample of 1004 men. Eur Urol. 2002, 42(4): 382-9.
Costa P. et al. Dysfonction érectile: connaissances, souhaits et attitudes. Résultats d'une étude française portant sur 5099 hommes âgés de 17 à 70 ans. Prog Urol. 2003, 13(1): 85-91.
Baldwin KP et al. Under-reporting of erectile dysfunction among men with unrelated urologic conditions. Int J Impot Res. 2003, 15(2): 87-9.

Intention de consulter un médecin si D.E.

TOTAL (5099)

En %

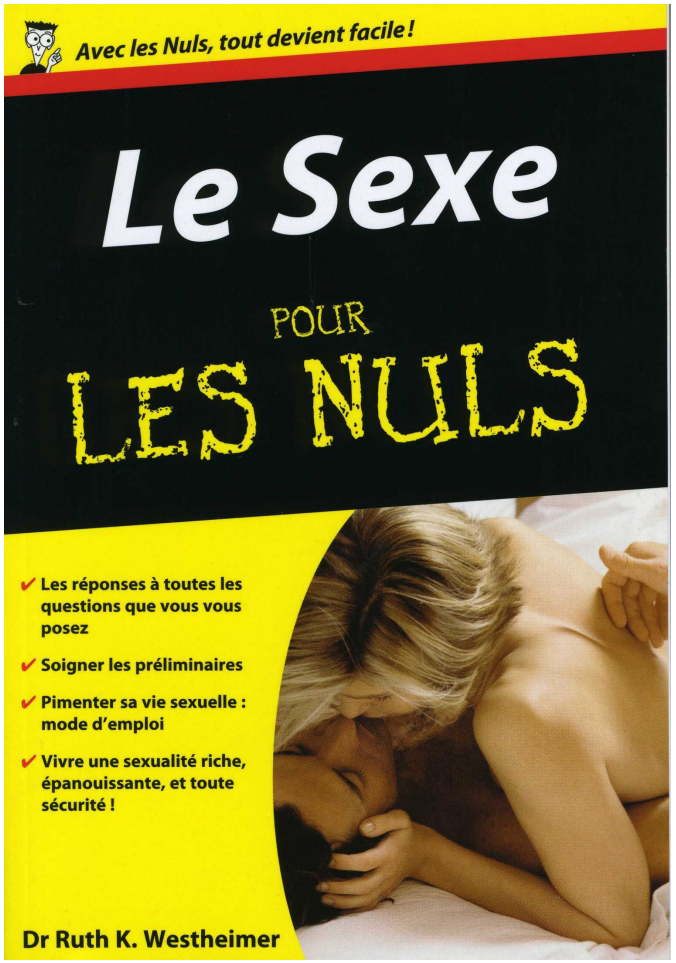


94% des Français annoncent leur intention de consulter !

P. Costa, C. Avances, L. Wagner. Dysfonction érectile : connaissances, souhaits et attitudes. Résultats d'une enquête française réalisée auprès de 5099 hommes âgés de 18 ans à 70 ans. Progrès en Urologie, 2003 ; 13 : 85-91.

Pourquoi un tel décalage entre les intentions et la réalité ?

Du côté du patient……


Avec les Nuls, tout devient facile !
Le Sexe
POUR
LES NULS
✔ Les réponses à toutes les questions que vous vous posez
✔ Soigner les préliminaires
✔ Pimenter sa vie sexuelle : mode d'emploi
✔ Vivre une sexualité riche, épanouissante, et toute sécurité !
Dr Ruth K. Westheimer

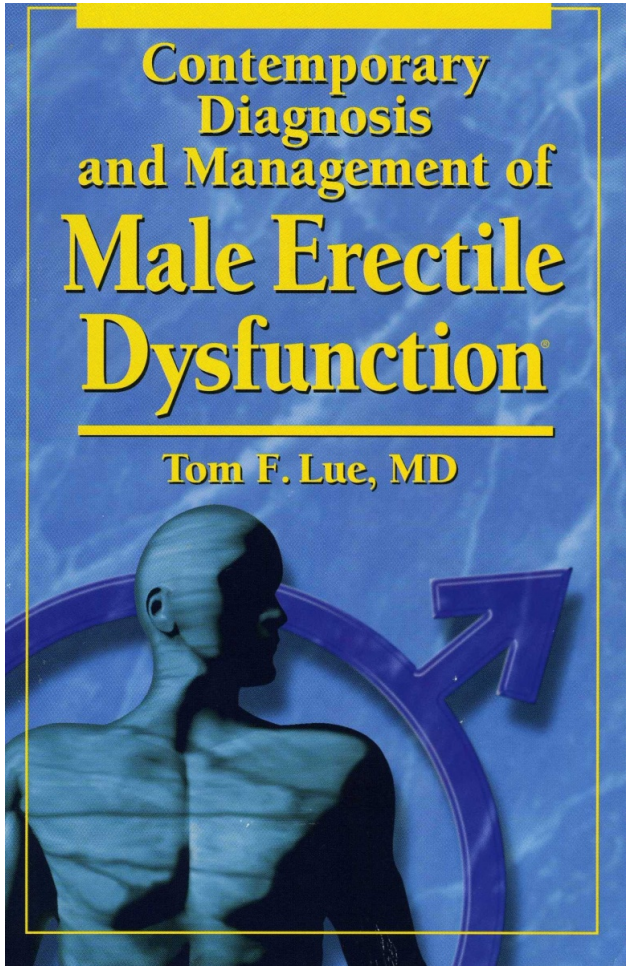
The Top 10 Medical Conditions too Embarrassing for Patients to Discuss with their Family Physician

1. **Impotence**
2. STDs
3. Physical and sexual abuse
4. Prostate problems
5. Incontinence of bladder or bowels
6. Emotional problems like depression
7. Eating disorders
8. Alcohol or drug abuse
9. Birth control and sex (especially teens)
10. Menopause

Preboth MA, Am Fam Phys. 1999;59(1):18-21.

Pourquoi un tel décalage
entre les intentions et la réalité ?

Du coté du Médecin…..



Pourquoi une attitude si en retrait de la part des Médecins ?

- Connaissances insuffisantes de la dysfonction érectile et des traitements possibles,
- Pathologie réputée fonctionnelle et très chronophage,
- Gêne personnelle par problèmes culturels ou religieux,
- Manque d'intérêt….(pas une vraie maladie)

F. Cour et al. Recommandations aux Médecins Généralistes pour la Prise en Charge de Première Intention de la Dysfonction Erectile Progrès en Urologie (2005), 15, Décembre, 1011-1020.

Traiter la DE améliore la Qualité de Vie

- L'insuffisance érectile : importante souffrance chez l'individu et sa partenaire,
- Ces hommes :
  - ↘ significative de leurs scores de santé générale, sociale et mentale
  - ↘ de l'estime de soi et de leur bien être émotionnel
  - ↗ **de** leurs scores de dépression.

Litwin MS., et al. Health-related quality of life in men with erectile dysfunction. J. Gen. Intern. Med. 1998 ; 13 : 159-166.
Althof, SE. Quality of life and erectile dysfunction. Urology, 2002, 59(6): 803-10.
Seidman, SN. Exploring the relationship between depression and erectile dysfunction in aging men. J Clin Psychiatry , 2002, 63 Suppl 5: 5-12; discussion 23-5.

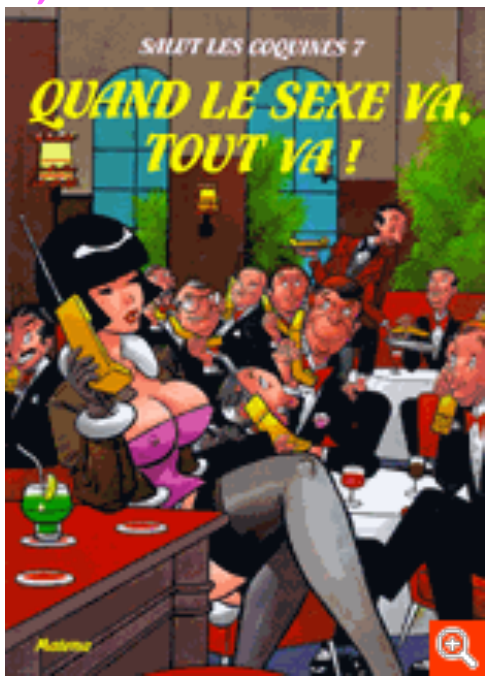
Traiter la DE améliore la Qualité de Vie

- Plusieurs études:
  - La correction des troubles érectiles → **Bénéfices +++**
  - Quel que soit le traitement choisi: **IPDE5, IIC, vacuum, Prothèses**

- **L'amélioration de l'érection**

→ ↘ la souffrance psychologique

↗ la satisfaction existentielle.



Wilke JR et coll. Quality of life effects of alprostadil therapy for erectile dysfunction. J. Urol. 1977, 2124-2128.
Paige NM et al.. Improvement in emotional well-being and relationships of users of sildenafil. J Urol, 2001, 166(5): 1774-8.
Giuliano F. et al. Efficacy results and quality-of-life measures in men receiving sildenafil citrate for the treatment of erectile dysfunction.Qual Life Res. 2001, 10(4): 359-69.
Althof, S. 2003. Handbook of clinical sexuality for mental health professionals. New York .

Le Couple

Mots de Femmes pour Maux d'hommes

.....

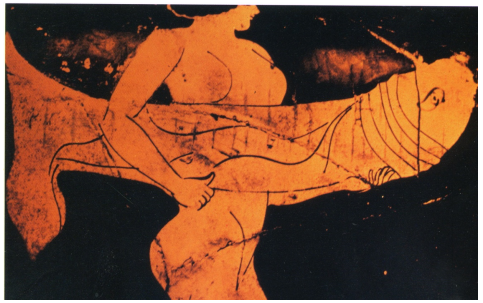
Attitude de la Partenaire?

Conciliante, compréhensive…

Agressive, castratrice…..

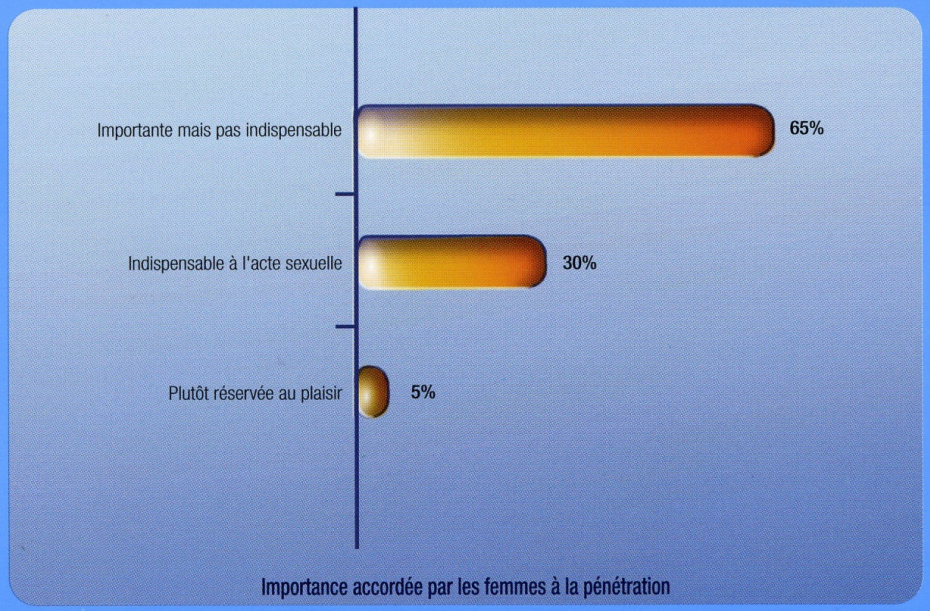
Et pour la partenaire?

Importance de l'érection



Des érections insuffisantes…

L'érection est importante au cours de l'acte sexuel pour 65% des femmes interrogées, voire indispensable pour 30% d'entre elles.



Importance accordée par les femmes à la pénétration

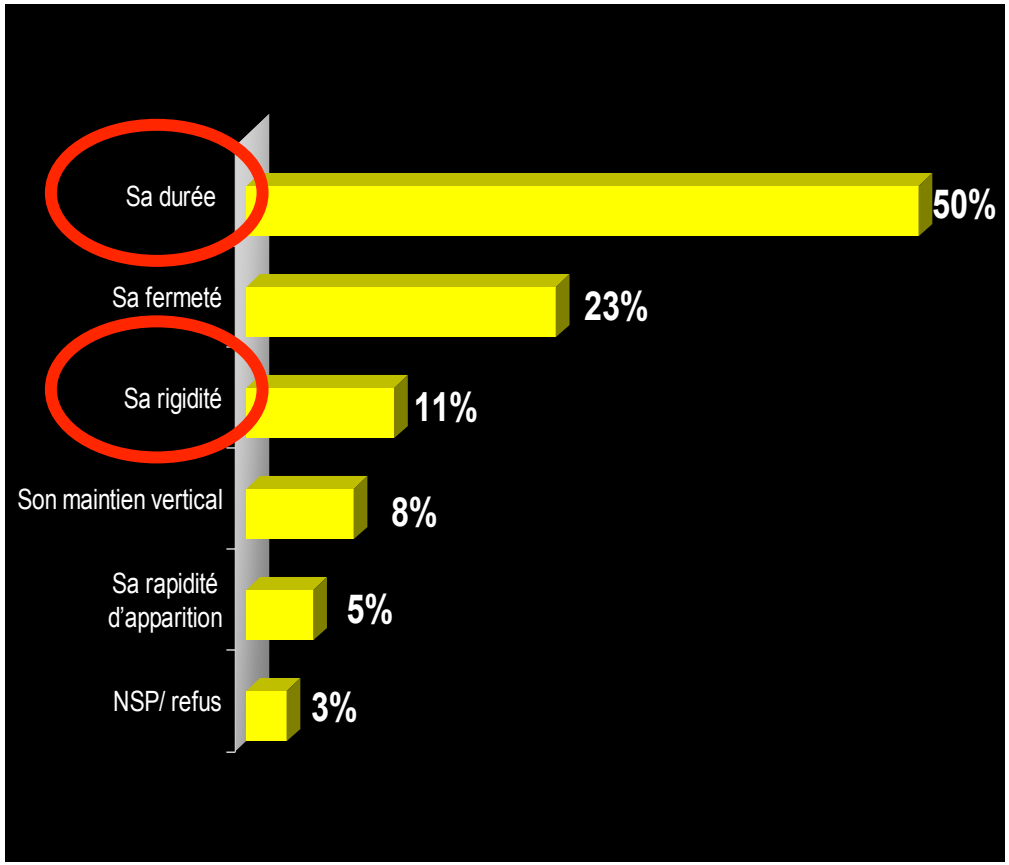
Etude Harris 2005

Qu'est ce qu'une bonne érection ?

Le Vécu des Femmes

Quels sont pour vous les critères qui définissent une érection de bonne qualité ?

Base n= 338



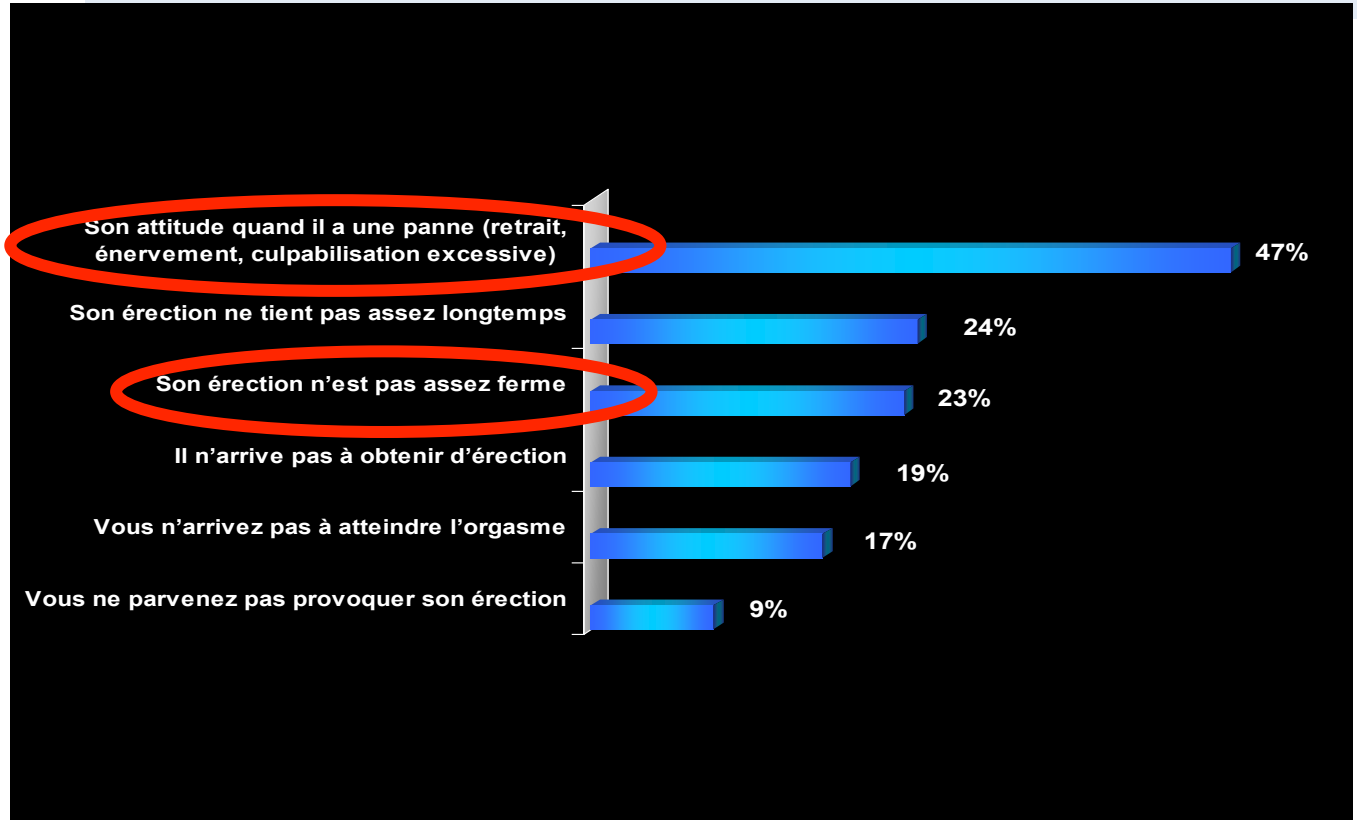
Attitude vis à vis de la sexualité et des troubles de l'érection. Étude Louis Harris 2005.
Troubles de l'érection : le vécu des femmes. M. Chevret-Measson

Qu'est ce qu'une bonne érection ?

Le Vécu des Femmes

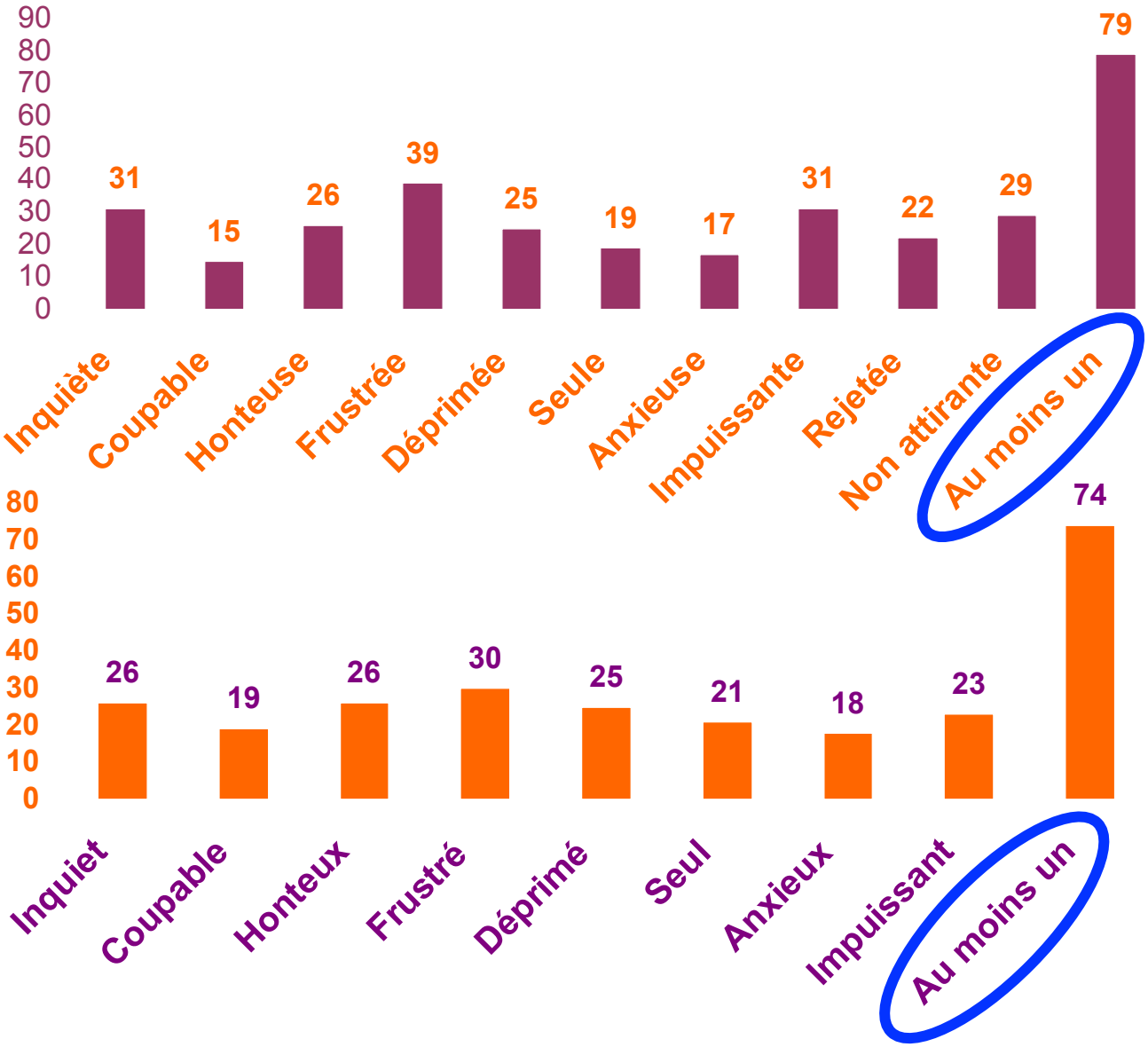
Qu'est ce qui vous gêne le plus quand une panne se produit ?

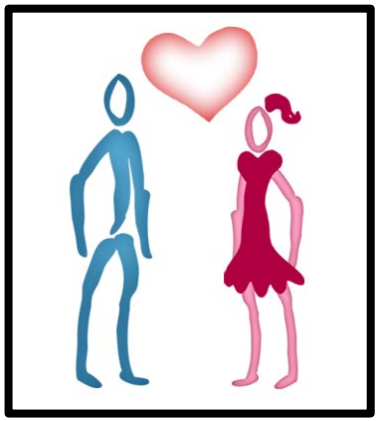
Base n= 338


Son attitude quand il a une panne (retrait, énervement, culpabilisation excessive)
47%
Son érection ne tient pas assez longtemps
24%
Son érection n'est pas assez ferme
23%
Il n'arrive pas à obtenir d'érection
19%
Vous n'arrivez pas à atteindre l'orgasme
17%
Vous ne parvenez pas provoquer son érection
9%

Attitude vis à vis de la sexualité et des troubles de l'érection. Étude Louis Harris 2005.
Troubles de l'érection : le vécu des femmes. M. Chevret-Measson

Ce que ressentent les partenaires et les hommes qui ne parlent pas de leur DE





Fisher, Meryn, et al. JMHG 2005;2(1):64–78

La survenue d'une DE
fragilise la sexualité du couple

- *La survenue d'une dysfonction érectile n'est pas toujours seulement un symptôme sexuel ….*

Comment

traiter une Dysfonction Érectile ?

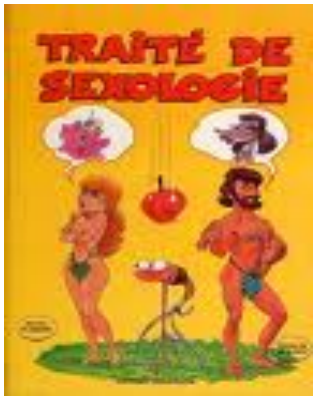
Diagnostic positif de la DE

Diagnostic d'interrogatoire : relativement facile

– Savoir mettre en confiance le patient

- écoute active sans préjugés

- *"Donc vous avez un problème d'érection (ou de manque de rigidité) pendant les rapports ?"*



Florence Cour et col. Progrès en Urologie (2005), 15 : 1011- 1020

Le Mode d'Emploi

- **Caractérisation** de la dysfonction érectile
- Éliminer un **autre trouble associé** (trouble du désir, EP, anomalie morphologique)
- Évaluer le **retentissement de la DE** (personnel, familial,social)
- Rechercher des **pathologies pouvant favoriser ou aggraver** une DE
- Recueillir des renseignements sur **la partenaire**
- Examen Clinique (+ examens complémentaires)

Problématique simple

-Secondaire
-Isolée (sans autre trouble sexuel)
-Dont la durée n'apparaît pas comme 1 facteur de complexité
-Avec une capacité érectile résiduelle
-Au sein d'un couple sans conjugopathie

Aucune autre exploration n'est recommandée en première intention dans la prise en charge initiale d'un patient présentant une DE

Prise en charge initiale:

Prise en charge initiale :

Savoir Expliquer

l'Information Sexuelle

- la physiologie de l'érection
- Le mécanisme des pannes
- Le mécanisme de l'anxiété de performance
- Prévalence de la dysfonction érectile
- L'évolution de la sexualité avec l'âge

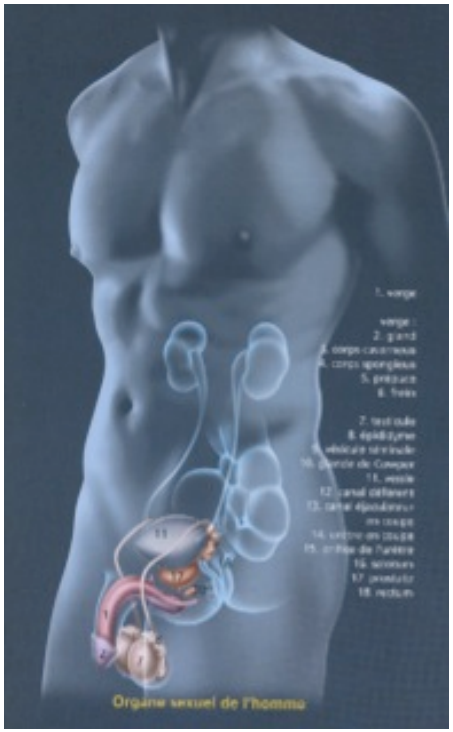
Le but est de rassurer, de dédramatiser en prenant en compte la partenaire

Prise en charge initiale :

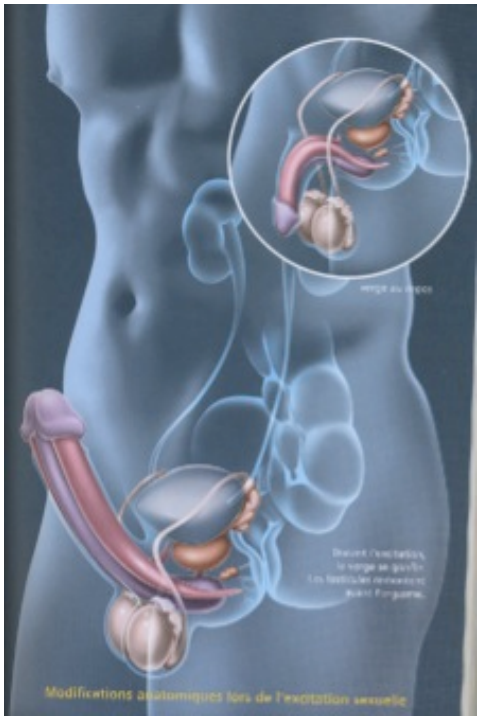
Savoir Expliquer

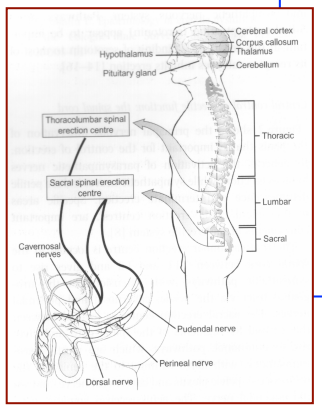
La Physiologie de l'Érection

Le mécanisme des Pannes



L'Éponge Active





Prise en charge initiale :

Savoir Expliquer

l'Anxiété de Performance

- La commande de l'érection n'est pas volontaire mais **réflexe**,
- Le **frein** ortho-sympathique **permanent** est levé par le désir sexuel,
- **Réactivation du frein en cas de danger** mais aussi en cas de **stress** et d'**anxiété**
- chute de l'érection

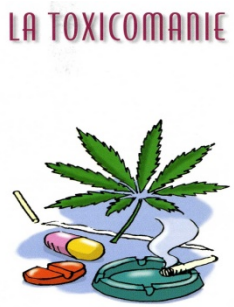
Prise en charge initiale :

Savoir Expliquer

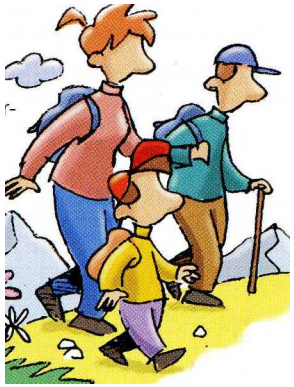
les conseils d'Hygiène de Vie

- Régime alimentaire

- Sevrage tabagique et autres substances addictives



- Lutte contre la sédentarité



Prise en charge initiale :

Savoir Expliquer

les changements éventuels des Traitements en cours

- Il est difficile d'évaluer **la réalité de la responsabilité des médicaments** quelle que soit leur classe thérapeutique.

- **Vérifier le rapport chronologique**

- S'enquérir de **l'avis du spécialiste** chez le patient diabétique, cardio-vasculaire, psychiatrique.

Prise en charge initiale :

Savoir Expliquer

l'Évolution de la sexualité avec l'Âge

Prise en charge initiale :
Traitement Médicamenteux d'Aide à l'Erection

Les IPDE5 : Traitement oral

- *Facilitent l**a myorelaxation intracaverneuse** et donc **l'afflux de sang vers le tissu érectile** à l'origine de l'érection, principal médiateur : le monoxyde d'azote*

- *Nécessité d'une stimulation sexuelle*

- *Taux d'efficacité : de 65 à 85%*

- *Les effets secondaires* les plus fréquents sont : céphalées, rougeur du visage, sensations vertigineuses, dyspepsie, congestion nasale et troubles de la vision*

Florence Cour et col. Progrès en Urologie (2005), 15 : 1011- 1020

Prise en charge initiale :
Traitement Médicamenteux d'Aide à l'Erection

- Connaître les **propriétés de chaque traitement**, afin de choisir avec son patient (et sa partenaire) la molécule la plus adaptée à leurs attentes et aux traitements en cours

- Démarrer le traitement par **le dosage préconisé** (sauf cas particuliers où il faut prescrire le dosage le plus faible)

"J'ai expliqué au médecin combien tu étais excité au lit. alors il a prescrit un comprimé de Viagra spécialement dosé pour toi."

Florence Cour et col. Progrès en Urologie (2005), 15 : 1011- 1020

Prise en charge initiale :

Traitement Médicamenteux d'Aide à l'Erection

Expliquer au patient les modalités de prise :

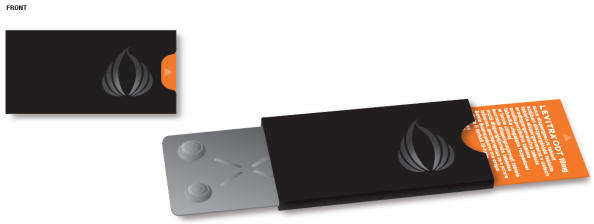
- il s'agit d'un traitement facilitateur de l'érection,
- à la demande,
- nécessitant une stimulation sexuelle,
- dont l'effet peut être visible dès la première prise mais dont les résultats peuvent encore s'améliorer au fil du traitement, ce qui nécessite un minimum de 4 à 6 essais
- le patient ne doit pas se sentir obligé d'avoir un rapport
- **Pas de précipitation.**

Cet **encadrement de prescription** est indispensable puisque l'on sait qu'une **cause fréquente d'échec** du traitement oral est **l'absence d'explications**

Florence Cour et col. Progrès en Urologie (2005), 15 : 1011- 1020

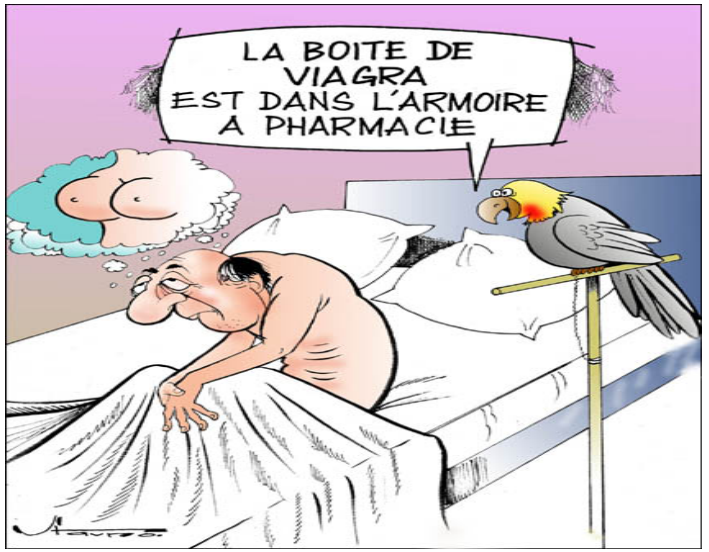
Le Tadalafil

- Cialis: durée de demi-vie: + longue
- => fenêtre thérapeutique de 36 h => concept thérapeutique : prise quotidienne (5 mg)
- Avantages de la prise quotidienne:
  - Libération du couple des contraintes de temps
  - Liberté dans l'initiation du rapport sexuel
  - Absence de tout frein à la spontanéité
  - Retour à la vie sexuelle (telle qu'avant)
  - Équilibre physiologique des partenaires



Et la discrétion ?

- Parce qu'ils ne veulent pas que leur partenaire le sache,
  - Nouvelle partenaire, relation encore trop récente …
  - Difficulté à en parler : *« c'est mon problème … »*
- Parce que leur compagne ne veut pas savoir …



Lévitra orodispersible

La Yohimbine

antagoniste des récepteurs alpha-2 (α-2-bloqueur)

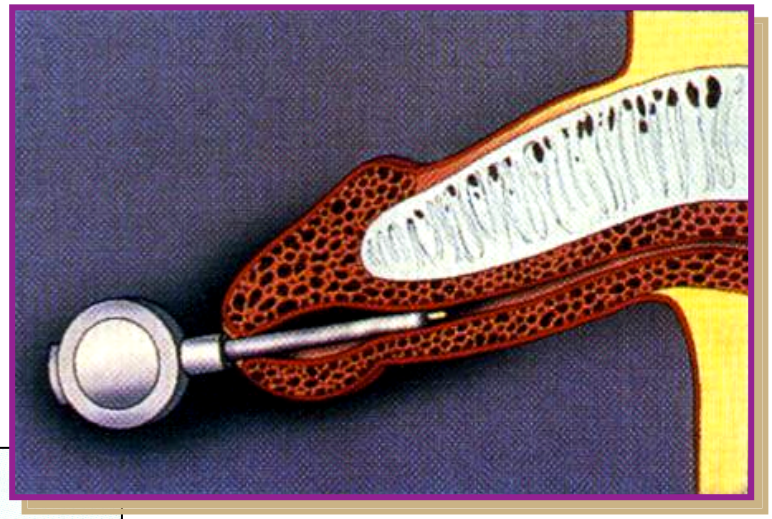
- Action périphérique très faible (IIC pas d'intumescence),
- Action centrale expérimentale plus visible
- Les premières études ouvertes ont rapporté de bons résultats mais n'ont jamais été véritablement confirmées versus placebo,
- En général très bien tolérée mais des effets secondaires ont été décrits : anxiété, nausées, palpitations, tremblements, HTA.

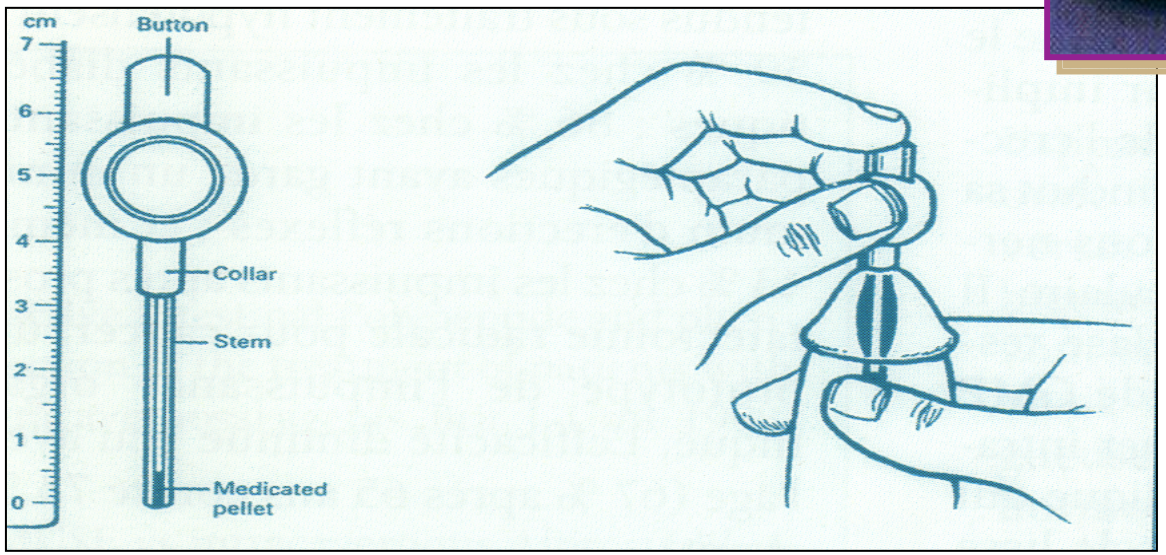
Prise en charge initiale :

Traitement Mécanique d'Aide à l'Erection

Le système **MUSE**

Instillation endo-uréthrale de PGE1





3 dosages :

- **250 µg**
- **500 µγ**
- **1000 µγ**

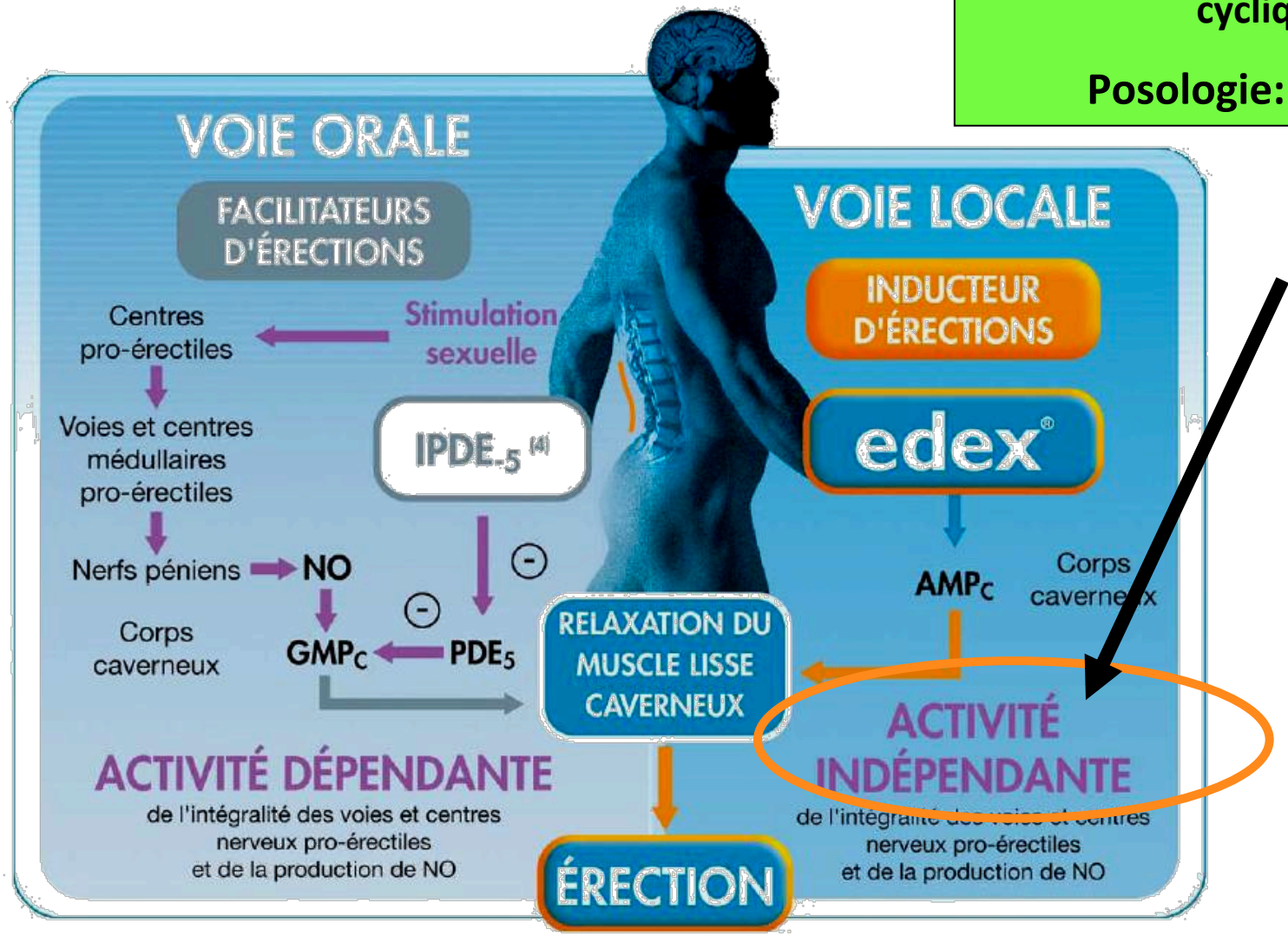
Les Injections Intracaverneuses

Mécanisme d'action des IIC :

Direct

Action directe sur les mécanismes cellulaires producteurs d'AMP cyclique

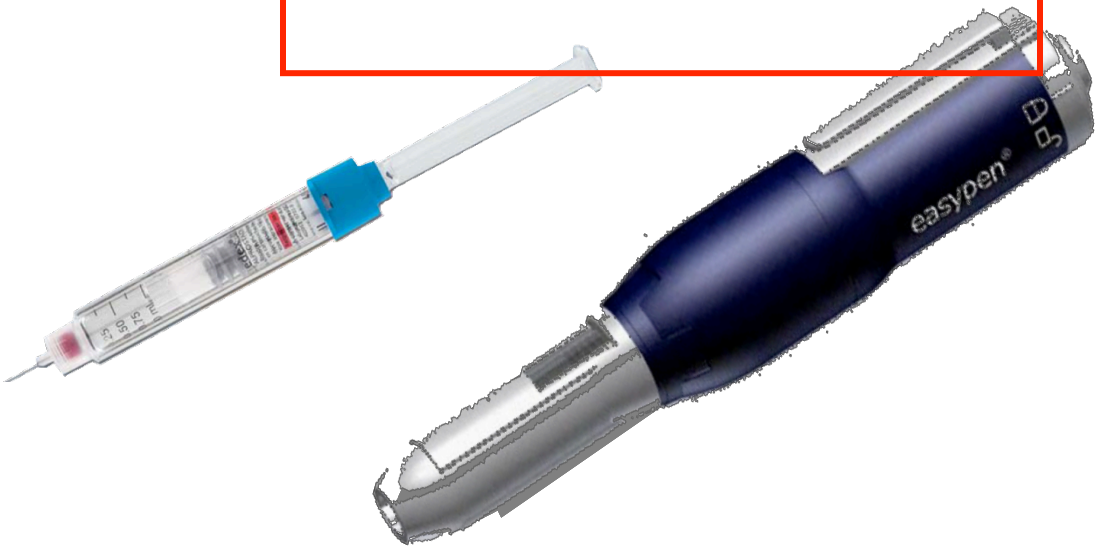
Posologie: 5 – 20 µ



Progrès techniques

Simplification du système

Gain de temps à l'apprentissage



- Information
- Education
- Prévention

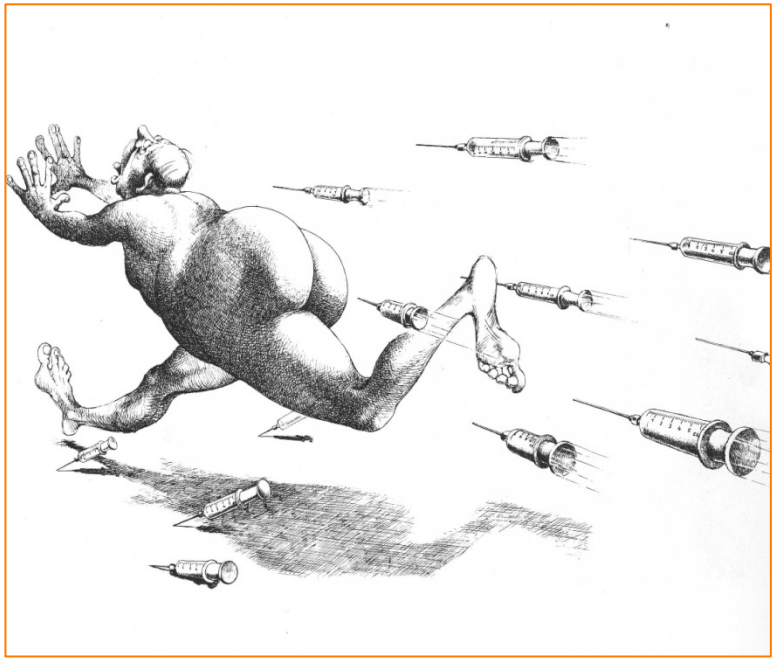
Thérapeute motivé et informé

Permettent d'éviter

-Les risques d'érection prolongée

-L'abandon

Les "points faibles"
des
injections intra-caverneuses :



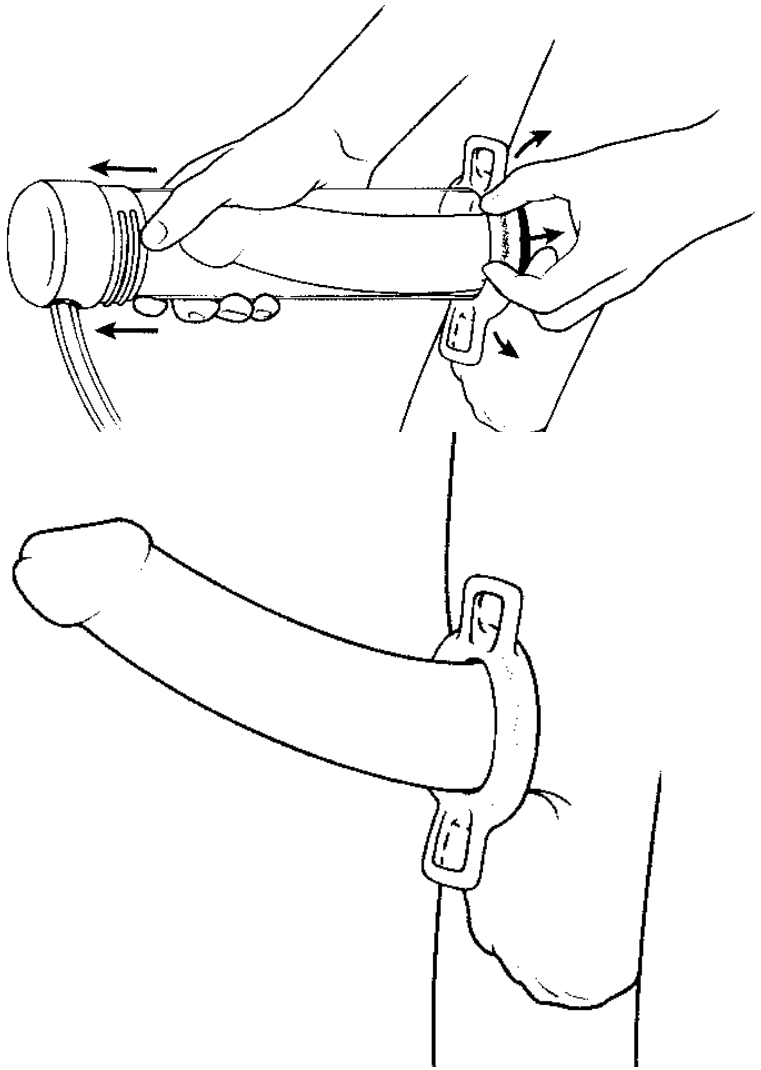
- Caractère invasif de l'injection,
- Douleur pendant l'érection : oui, 2 à 4%,
- Erection prolongée, priapisme : 1 à 2 %,
- Nodules fibreux : 5 à 10%.
- EFFETS SECONDAIRES GENERAUX

- Certains patients ne peuvent pas réaliser eux-même les IIC : (personnes tétraplègiques, patients obèses ...),
- L'apprentissage concernera leur partenaire

Les autres traitements de la DE

Le Vacuum

- Erection passive : aspiration par le vide puis garrot élastique.

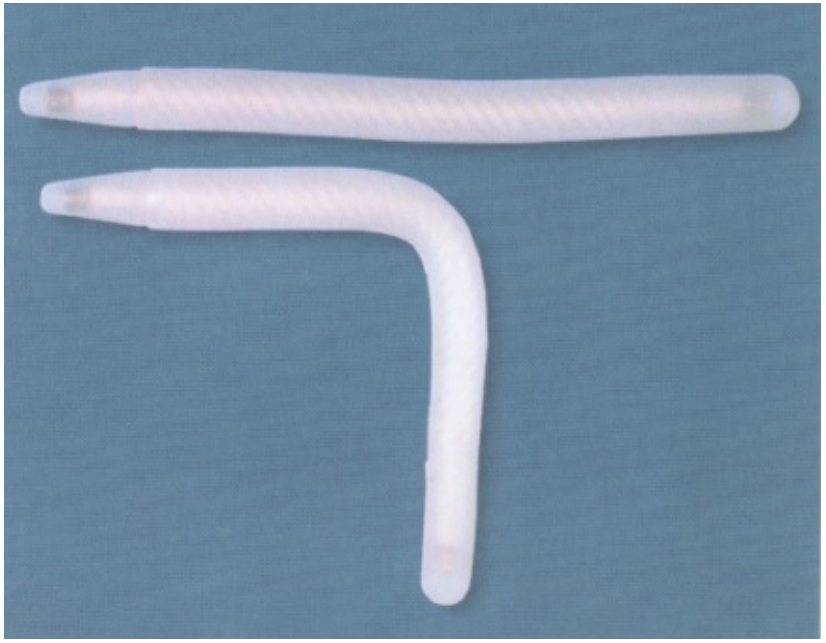


Les points faibles du Vacuum

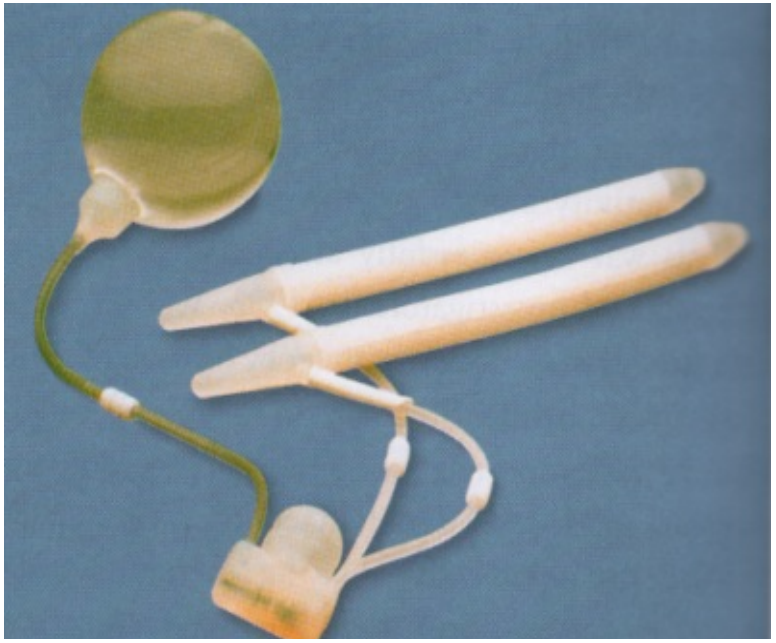
- Verge en battant de cloche,
- Verge froide (érection veineuse),
- Douleurs,
- Blocage de l'éjaculation,
- Pétéchies, hématomes.

Les Prothèses Péniennes

Malléables

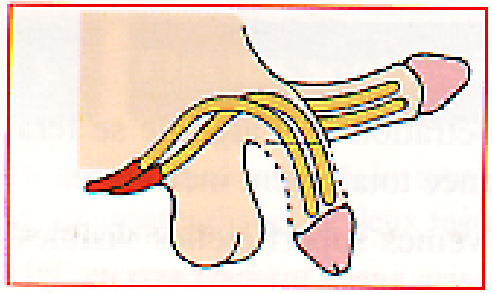


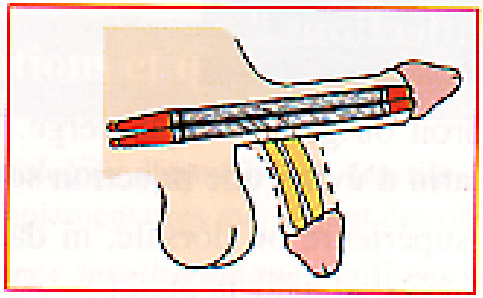
Gonflables

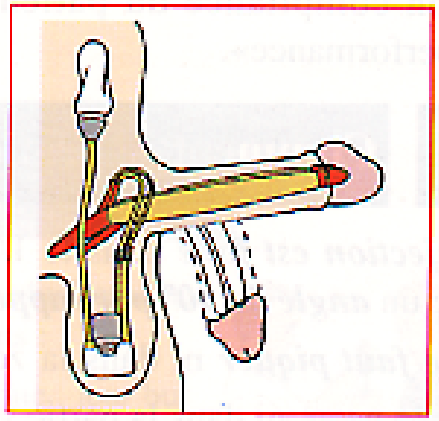


Les points faibles des prothèses péniennes

B **palliatif : *Prothèses péniennes***



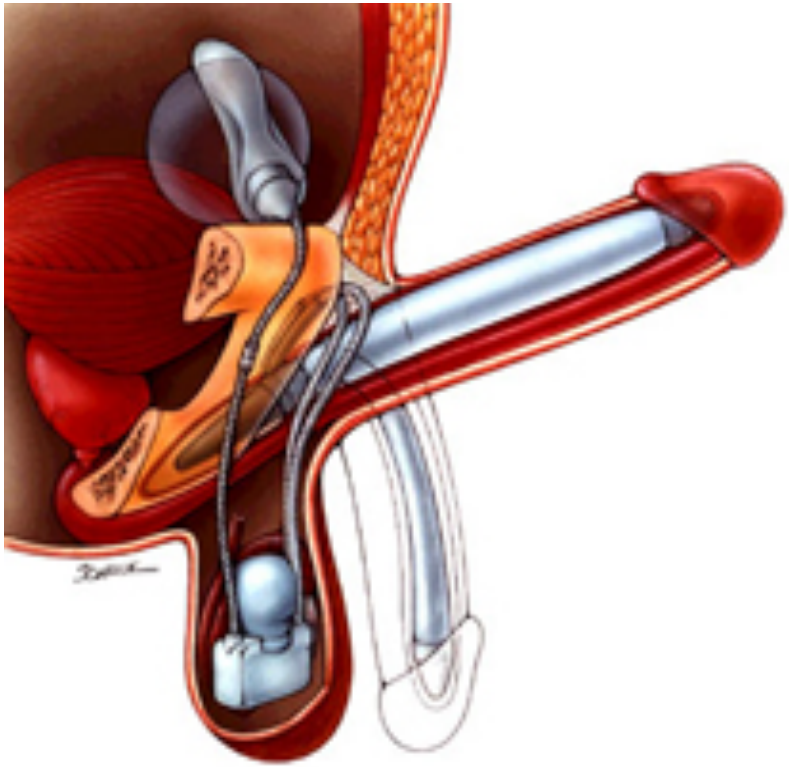




- Principale complication : **l'explantation pour infection ou extrusion (2 à 17%),**
- Pas d'utilisation sans **l'adhésion de la partenaire.**
- **Ne pas se tromper d'objectif**

Comment l'aborder ?

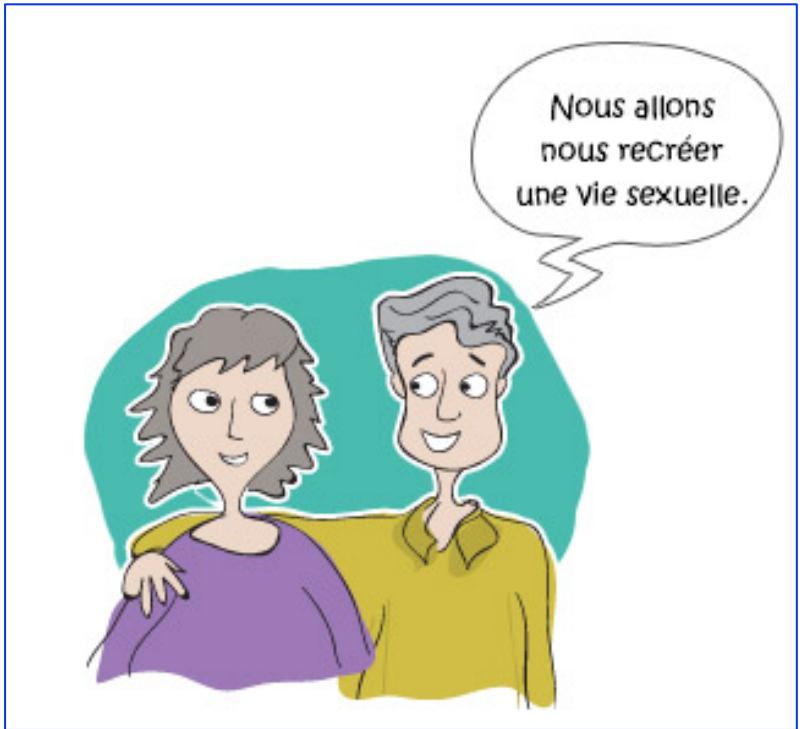
- la notion de « prothèse »



Prise en charge

Conseils pratiques : *Le Coaching sexuel*

- Faire participer activement le patient et son couple au choix du traitement
- Ne pas hésitez à prolonger l'entretien au cours d'une 2ème consultation
- Proposer en première intention un IPDE 5 (en dehors des CI)
- Reconvoquer systématiquement le patient pour un suivi 1 à 2 mois après



Florence Cour et col. Progrès en Urologie (2005), 15 : 1011- 1020

Prise en charge

Conseils pratiques : *Le Coaching sexuel*

En cas d'échec du traitement oral: **RÉÉVALUATION**

- l'histoire de la DE et le contexte sexuel (couple, conjugopathie ?)
- les interactions médicamenteuses
- le contexte psychologique
- le statut endocrinien (déficit androgénique ?)
- Ré-expliquer les modalités de prise et l'utilité de la répétition des essais (4 à 6 essais sont nécessaires)
- Augmenter le dosage

- Rechercher une anomalie organique passée inaperçue ou apparue depuis.

Si persistance de l'échec :
prendre l'avis du spécialiste adapté

Si problématique plus compliquée :
opter d'emblée pour une prise en charge collégiale avec le spécialiste adapté

Florence Cour et col. Progrès en Urologie (2005), 15 : 1011- 1020

NOUS SOMMES ARRIVÉS
À UNE PARFAITE
HARMONIE SEXUELLE ...
HIER SOIR,
ON A EU TOUS LES DEUX
LA MIGRAINE !
CHRISTIAN